

## 第5章 ナイジェリア 「感染爆発」阻止に向けた政策的対応

著者	望月 克哉
権利	Copyrights 日本貿易振興機構（ジェトロ）アジア経済研究所 / Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization (IDE-JETRO) <a href="http://www.ide.go.jp">http://www.ide.go.jp</a>
シリーズタイトル	アジ研トピックリポート[緊急レポート]
シリーズ番号	52
雑誌名	エイズ政策の転換とアフリカ諸国の現状 包括的アプローチに向けて
ページ	115-130
発行年	2005
出版者	日本貿易振興機構アジア経済研究所
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2344/00009347">http://hdl.handle.net/2344/00009347</a>

## 第5章

# ナイジェリア

## 「感染爆発」阻止に向けた政策的対応

望月克哉

### はじめに

西アフリカ諸国の大半における成人HIV感染率は1～5%の水準にとどまっており（UNAIDS [2004: 6]）、東・南部アフリカ諸国が経験してきた深刻なエイズ問題に直面している国はいまのところない。とはいえ、人口大国であるナイジェリアは西アフリカ域内のエイズの帰趨をも左右しかねない存在であり、同国が「感染爆発」を阻止できなければ地域全体にとって大きな脅威となるであろう。こうした観点から、本章では人口大国ゆえにエイズ対策の困難さが際だっているナイジェリアについて、とくに同国連邦政府のエイズ問題への対応を跡づけつつ、現行の取り組みについて考察する。

ナイジェリアの総人口は、これまでのところ最も新しい1991年センサスの時点において8899万2220人<sup>1</sup>であり、アフリカでは最大である。控えめな推計をとっても、すでに総人口は1億3000万人に達している。ナイジェリアのみならず西アフリカ全体に言えることとして、商品交易の歴史が長く、そこに住む人々の移動性向も高い。

---

<sup>1</sup> ただし、この数値はそれまで唯一公認されていた1963年センサスに基づく推計人口、約1億2000万人を大きく下回り、当時、世界銀行が採用していた1億1000万人という数値と比べても著しく少ないことから、過小計上と見なす向きもあった（National Population Commission [1998: 25]）。

こうした移動する人々が社会に活力をもたらしてきた一方で、さまざまな社会問題を生み出していることも事実である。ナイジェリアのエイズ問題をこうした視点から捉えることも、本章のねらいのひとつである。

## 第1節 エイズの拡大

### 1. エイズ問題の顕在化

ナイジェリアで最初にエイズの症例が報告されたのは1986年とされている<sup>2</sup>。独立以来、長期にわたり軍部支配が続いてきた同国では、1985年の軍事クーデターで成立したババンギダ（Ibrahim Badamasi Babangida）政権の下で自前の構造調整プログラムを導入して、国際通貨基金（International Monetary Fund：IMF）・世界銀行のコンディショナリティを履行し、経済政策以外についても国際協調的な姿勢を維持していた。政治秩序回復の意味から国民再教育（national re-orientation）を打ち出していた軍事政権は、雇用創出、農村開発といった政策面でのイニシアティブを打ち出して国民の動員をはかるとともに、社会政策におけるさまざまなキャンペーンも展開していた。そうしたなかでエイズ問題への取り組み自体は決して目立つものではなかったが、当時の主流であったエイズ予防策が形式的になぞられる一方で、予防キャンペーンそのものが社会秩序維持を名目とした国民の引き締めという軍事政権の意図に合致していたことも疑いない。

ババンギダ政権では各省大臣や州知事といった主要ポストのほとんどを軍人が占めていたが、数少ない例外として教育大臣と保健大臣には民間人が登用された。政権が成立した1985年に保健相ポストに就いたのはラゴス大学医学部のランソム＝クティ（Olikoye Ransom-Kuti）教授で、彼の任期は足掛け7年にも及ぶものとなったが、それは軍人首班による信頼といったものに加えて、彼自身が開明的なファミリーの一員として国民の人気を博していたからでもある<sup>3</sup>。折しも1980年代半ばから欧米諸国を中心に進んでいたエイズ予防キャンペーンがナイジェリア国内にも波

<sup>2</sup> ナイジェリア連邦政府の公式見解として、さまざまな政府関連文書に記載が見られ、近年においてもこの見解は修正・変更されていない。その一例が次である。Federal Ministry of Health [2003a：1]。

<sup>3</sup> ランソム＝クティ保健相の母親はナイジェリアの女性運動の草分け的存在であり、教育者としても広く知られているOlufunmilayo Ransom-Kuti。さらに2人の弟は、反骨精神に満ちた楽曲でアフロ・ビートの王様とも称されるミュージシャンで、次男の（Olu）Fela Anikulapo-Kuti、そして開業医でありながら1990年代には民主化運動の活動家として軍事政権批判を展開することになる三男のBeko（Iari）Ransom-Kutiである。

及して、このランソム＝クティ大臣の下で国家規模のキャンペーンとして展開された。これと並行して進められたセックスワーカーに対する初期のHIV検査<sup>4</sup>において、ナイジェリア初となる感染者が見つかったことから、この年、すなわち1986年に同国でエイズ問題が顕在化したとの説明がなされるようになった。

翌1987年にはランソム＝クティ保健相がナイジェリア国内におけるエイズ感染者の存在を公式に確認し<sup>5</sup>、以後、同省主導によるエイズ対策が講じられてゆくことになる。後述するように、この年を出発点としてエイズ関連の各種委員会組織が結成され、またプログラム策定に向けた取り組みも始まる。たとえば首都ラゴス（当時）でも、1988年から翌年にかけて初のセックスワーカーを対象とする検査が実施され、被験者の2％が陽性と判定されている。それにもかかわらず、ナイジェリア政府は1990年時点においてすら成人HIV感染率を1％以下とみなす見解をとっており、結果的にはこれが早い段階でのエイズ対策の本格化を阻むことになった。

## 2．感染者と発症者の増加プロセス

### （1）1990年代以降におけるHIV感染者数の増大

ナイジェリアの人々の移動性向の高さは、サハラ縦断交易に象徴されるような、植民地期以前から活発に行われてきた商品交易の歴史にその起源を求めることができる。独立後に顕著となる都市化は、産油国として他のアフリカ諸国よりも整備された道路網ともあいまって、人々の移動に拍車を掛けた。当初、還流移民として地方都市や中核都市と出身地のあいだを行き来した人々は、しだいに都市内に定着し、家族そして親類・縁者と呼ばれ寄せにかかる。1970年代のオイル・ブームを経て、1980年代以来の長引く経済停滞が農村部からの人口のプッシュを加速させ、そこで押し出された人々が都市の縁辺部・周辺部に滞留して、さまざまな生業を営む下層社会を形成したのである。

ナイジェリアの農村部における保健衛生分野のサービスやインフラ整備の遅れは改めて言うまでもないことだが、急激に膨張した都市のそれらもまた劣悪であり、

<sup>4</sup> 北東部ボルノ州（当時）の州都マイドゥグリで、1986年から翌87年にかけて行われたもので、このときHIV陽性と判定されたのは被験者の1％以下であったとされている（UNAIDS/WHO [2004: 2]）。

<sup>5</sup> 1987年3月の保健相による声明によれば、被験者から採取した血液検体から見つかったのはHIV「1型」が2例で、これに続き、西アフリカで広くみられ致死性が低い（less virulent）とされていた「2型」も確認された。Library of Congress Country Studies, Nigeria: Primary Health Care Policies (Date as of June 1991) 2004年7月5日に[http://lcweb2.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field\(DOCID+ng0075\)](http://lcweb2.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field(DOCID+ng0075))よりダウンロード。

表 1 ナイジェリアの成人HIV感染率の推移

年度	感染率
1993	1.8%
1994	3.8%
1996	4.5%
1999	5.4%
2001	5.8%
2003	5.0%

( 出所 ) National Population Commission & ORC Macro [ 2004 : 169 ]  
Federal Ministry of Health [ 2003a : 1 ] ほかより筆者作成。

圧倒的に不足している保健所では母子保健どころか乳幼児に対するワクチン接種もままならない。ナイジェリアにおける疾病、とくに感染症の蔓延は深刻であり、ラッサ熱やデング熱の流行から、局地的な脳炎、髄膜炎の大流行まで、深刻な事態をむかえたところで、ようやく緊急対策が施されるのが常である。こうした観点からすれば、たとえばマラリア対策が長年にわたり放置されてきたように、性感染症といった類が等閑視されてきたとしても不思議ではない。

1990年代に入り、他のアフリカ諸国におけるHIV/AIDSへの取り組みを視野に入れつつ、ようやくナイジェリア連邦政府が重い腰を上げた頃には、感染者数も着実に増えつつあった。エイズ関連の調査では唯一のものとも言える、妊産婦を対象とした性感染症に関する疫学調査<sup>6</sup>のデータによるならば、1990年時点で1%以下とされていた成人HIV感染率は、この10年間で5倍以上に増えたと言えることができる(表1)。

こうしたデータを踏まえたナイジェリア連邦政府の公式見解として、2003年時点での同国における成人HIV感染率は5%の水準にあり、HIV感染者・エイズ患者( People Living with HIV/AIDS : PLWHA ) の総数については370万人という数値が採用されている<sup>7</sup>。また感染経路については、主として異性間の性行為、母子感

<sup>6</sup> ナイジェリア連邦保健省( Federal Ministry of Health ) が、医療機関等で出生前診療を受けた妊産婦を対象として実施してきたもので、不定期ながらThe National HIV/Syphilis Sentinel Surveyとして公表されている。

<sup>7</sup> たとえば2004年12月1日の世界エイズ・デーに際して、オバサンジョ大統領は「連邦政府のアグレッシブな対応により国民の感染率は5.8%から5%へとわずかに低下したとは言うものの、行動変化の進み方は相変わらず鈍い」( 2004年12月12日付け*This Day*紙 ) といった発言をしている。

染、そして輸血や血液製剤によるものとし、いわゆる「ハイ・リスク・グループ」から一般国民に感染が拡大したと主張しているが（Federal Ministry of Health [2003a : 1]）、これらにしたところで、1990年代以降、感染に結びつくケースがそれに先立つ時期に比べて著しく増えたという説明ぶりにはなっていない。むしろ、関係機関やその責任ある立場の人物により「感染率5%、感染者数370万人」という推計データが所与のものとして語られている感がある。

## （2）感染率における地域差

こうしたエイズの現状に対する認識と、その受けとめ方というのは、ナイジェリア連邦政府によって発表された他のエイズ関連データにも反映している。その最たるものが地域別（州別）の感染率データであろう。そこに観察される著しい地域差というものの、農村部に比べた都市部の感染率の高さ、20～29歳（地域によっては15～19歳）という年齢層における感染率の高さといった一般的な観察内容と同様、所与の事実として扱われている。表2に掲げるのは2003年時点におけるナイジェリア国内の州別感染率である。

これら感染率の数値を単純に比較すると、最低のオシュン州の1.2%と最高のクロス・リバー州の12%とでは、実に10倍もの開きがある。10%の水準には達していないものの、9.3%のベヌエ州あるいは8.4%のアブジャ連邦首都准州などは相当に高いと言えるであろう。2001年における全国の成人HIV感染率5.8%を上回る6.0%超の水準にあるものだけで、全37州の3分の1に近い12州に上っていることを考えれば、今後の趨勢として、さらなる上ぶれも予想される。

いまひとつの特徴として、いくつかの州をまとめて見た場合、高いところと低いところでは顕著な差異が生じていることが分かる。表2では数州を一括りとして、たとえば「北東部」というカテゴリーの下に州名が列記されているが、これはナイジェリアの地域区分として便宜的に用いられている政治地理学的ゾーン（geo-political zone）を示している。ゾーンごとの感染率を比較してみると、南西部が1.2%～4.7%の水準にとどまっているのに対して、4.0%～12%の南南部、2.7%～9.3%の北部中央、3.2%～7.6%の北東部は高い水準にあると言えるだろう。

さらに「北部中央」、「北東部」として区分されている諸州のなかで、ナイジェリア中部を流れるナイジャー（ニジェール）川と、これから分流するベヌエ川の流域に広がる「ミドル・ベルト」と通称される地帯に位置する各州の感染率を見てみると、ベヌエ州の9.3%、コギ州の5.7%、ナサラワ州の6.5%、ナイジャー州の7.0%、

表2 ナイジェリアの州別感染率

北東部 (North East)

州名	感染率
アダマワ (Adamawa) 州	7.6%
バウチ (Bauchi) 州	4.3%
ボルノ (Borno) 州	3.2%
ゴンベ (Gombe) 州	6.8%
タラバ (Taraba) 州	6.0%
ヨベ (Yobe) 州	3.3%

北部中央 (North Central)

州名	感染率
ベヌエ (Benue) 州	9.3%
コギ (Kogi) 州	5.7%
クワラ (Kwara) 州	2.7%
ナサラワ (Nasarawa) 州	6.5%
ナイジャー (Niger) 州	7.0%
プラトー (Plateau) 州	6.3%

北西部 (North West)

州名	感染率
ジガワ (Jigawa) 州	2.0%
カドナ (Kaduna) 州	6.0%
カノ (Kano) 州	4.1%
カツィーナ (Katsina) 州	2.5%
ケビ (Kebbi) 州	2.5%
ソコト (Sokoto) 州	4.5%
ザンファラ (Zamfara) 州	3.3%

南東部 (South East)

州名	感染率
アビア (Abia) 州	3.7%
アナンブラ (Anambra) 州	3.3%
エボンイ (Ebonyi) 州	7.2%
エヌグ (Enugu) 州	4.9%
イモ (Imo) 州	3.1%

南南部 (South South)

州名	感染率
アクワ・イボン (Akwa Ibom) 州	7.2%
バイエルサ (Bayelsa) 州	4.0%
クロス・リバー (Cross River) 州	12%
デルタ (Delta) 州	5.0%
エド (Edo) 州	4.3%
リバーズ (Rivers) 州	6.6%

南西部 (South West)

州名	感染率
エキティ (Ekiti) 州	2.0%
ラゴス (Lagos) 州	4.7%
オグン (Ogun) 州	1.5%
オンド (Ondo) 州	2.2%
オシュン (Osun) 州	1.2%
オヨ (Oyo) 州	3.9%

連邦首都 (Federal Capital)

州名	感染率
アブジャ (Abuja) 連邦首都准州	8.4%

(出所) Federal Ministry of Health [2003a: 2] ほかに筆者作成。

プラトー州の6.3%、そしてアダマワ州が7.6%、タラバ州が6.0%といずれも高い水準にあることが分かる。この「ミドル・ベルト」は相対的に人口が希薄で、少数

民族が混住する地域として知られているが、そこはまた北部や南部からさまざまなエスニック・グループの人々が流入している地域でもある。政府発表のデータが信頼するに足るものであるとすれば、感染率と人々の移動の関係を示すものとして注視してゆく必要がある。

### (3) エイズ発症による死者数の増大

ナイジェリア国内におけるHIV感染の拡大により、必然的にエイズ発症による死者数も増加傾向をたどってきたと見られる。エイズ対策を中心的に担ってきた保健省が示す推定死者数は、1999年には年間5万人以下であったが、2003年から2004年にかけては同35万人に達するとされている<sup>8</sup>。これとてもエイズの影響が深刻な東・南部アフリカ諸国の状況に比べれば、決して多いとは言えないものの、感染拡大が予想されている現状を踏まえたナイジェリア政府当局の警鐘ないしは危機感のあらわれと受け取るべきであろう。

ナイジェリア連邦政府が表明している懸念という意味では、エイズによる死者数の増加によって生ずるエイズ遺児の問題もまた深刻視されている。同政府は2003年から2004年にかけてエイズにより片親もしくは両親を失う子どもの数を約200万人と推定しているが<sup>9</sup>、これまでのところ有効な対策はとられていない。エイズ遺児は、狭義のエイズ問題として捉えられるにとどまらず、アフリカ諸国が直面する社会問題としての様相も色濃く、それゆえにアフリカ研究者も早い段階からこれに取り組んできた経緯がある<sup>10</sup>。ナイジェリア国内でもNGOなどでエイズ遺児問題に取り組んでいるものは少なくないが<sup>11</sup>、政府による取り組みはまだまだ緒についたばかりと言わざるを得ない。

<sup>8</sup> UNAIDS/WHOによれば、2003年中のエイズによる成人及び子どもの死者数は高位推計で49万人、低位推計で20万人とされており、中間値として31万人という数値が示されている（UNAIDS/WHO [2004 : 2]）。

<sup>9</sup> UNAIDS/WHOによれば、2003年末時点において生存する17歳以下のエイズ遺児の数は、高位推計で260万人、低位推計で120万人とされており、中間値として180万人という数値が示されている（UNAIDS/WHO [2004 : 2]）。

<sup>10</sup> たとえばスウェーデンに所在する北欧アフリカ研究所では1990年代末以降、エイズ遺児問題について複数の研究プロジェクトを立ち上げ、専任の研究コーディネーターを配置して取り組んできた。そのひとつである‘AIDS Orphans of Africa : Victims or Vestiges of Hope’は、1998年に開始されたもので、ガーナ、マラウィ、ウガンダ、ジンバブウェの4カ国について現地研究者との共同研究を実施して成果を発表している（Nordiska Afrikainstitutet [2002 : 9]）。

<sup>11</sup> 特にエイズへの取り組みを活動の中心に据えているAfricare、Pathfinder Internationalといった国際NGOは、プロジェクトのコンポーネントとしてエイズ遺児へのケア・サポートを組み込んでいる。



## 第2節 エイズ対策

### 1. 制度的枠組み

#### (1) エイズ顕在化当初の体制

1986年に実施されたエイズ検査で初の感染者が報告されて以降、保健省を中心とした取り組みが本格化した。ランソム＝クティ保健相の下でまず行われたのは1987年の「エイズに関する国家専門家諮問委員会」(National Expert Advisory Committee on AIDS: NEACA)の設置であった。HIV感染の顕在化という事態への対処が同委員会のタスクとされ、あわせてエイズ対策のプログラムを策定する作業がNEACAに委ねられた。

その成果が1988年に発表された国家エイズ・性感染症制圧プログラム(National AIDS and STDs Control Programme)であった。このプログラムに期待されていたのは、HIV/AIDSに関するあらゆる活動を、連邦と州という二つの行政レベルで進めてゆく上での調整機能の発揮であった。当時の取り組みとしてエイズ予防が中心であったことから、これを連邦保健省が主導して、各州の保健省をはじめとする関係機関を動員して進めてゆくための政策的枠組みを提供したのがこのプログラムであったと言える。

しかしながら、予防主体のエイズ対策は徹底せず、とりわけコンドーム利用の促進といった政策は体制と資金の両面において安定供給のための基盤ができず、いわば家族計画において経験した困難を再度味わうことにもなった<sup>12</sup>。それに加えて、軍事政権による民政移管の失敗、これに伴う経済援助の停止や事実上の経済制裁によって、エイズ対策そのものが停滞することになった。

#### (2) 本格的体制の整備

1997年、依然として軍政が続いていたものの、民政移管の道筋を示した軍人首班のイニシアティブによりエイズに関する大統領委員会が設置された。これが今日に至るまで調整機関としてエイズ対策の中核をなしている「エイズに関する国家行動

---

<sup>12</sup> 一例が米国国際開発庁(USAID)による家族計画の取り組みで、啓発活動にコンドーム供給を組み合わせたセミナーなどを各地で展開したが、とくにムスリム住民が多数を占める地域では普及が進まなかった。草の根の女性組織を活用することなどにより、女性を中心とする住民の動員には一定の成功をおさめたものの、プログラムとしての持続性は達成されなかった。

委員会」( National Action Committee on AIDS : NACA ) である。その設置には停滞していたエイズ対策の仕切り直しという意味もあったが、むしろそれはナイジェリア政府の政策転換を象徴するものであった。

調整機関としてのマンデートは1980年代に設置されたNEACAと同様であるが、そこで期待されていたのはマルチ・セクター・アプローチの推進に伴う調整機能であり、エイズ対策としてはすぐれて今日的な役割を期待された仕組みであり、また制度であった。これは予防中心のアプローチの転換という世界的な潮流とともに、ナイジェリア国内での取り組みの限界を踏まえた措置でもあった。エイズ対策に限らず同国の保健医療における地方レベルの活動が、体制的にも資金的にも機能不全に陥っており、連邦政府によるトップ・ダウン型の取り組みの徹底が不可避であったからに他ならない。それまでの連邦保健省から州保健省を介した施策の流れは、マルチ・セクター・アプローチの展開を契機にNACAを前面に立てた連邦政府(大統領府)主導のそれへと大きく転換することになった。

こうして再始動した連邦政府主導のエイズ対策は、具体的な計画やプログラムの策定へと展開する。まず2001年には、3年計画としてHIV/AIDS緊急行動計画(HIV/AIDS Emergency Action Plan : HEAP)が発動された。これは全国の成人HIV感染率が5%を超えたことを踏まえ、ナイジェリア政府としてさしせまったエイズの影響を緩和する姿勢を示したものではあったが、エイズ対策が焦点のひとつとなっていた国際社会に対するメッセージとしての一面も有していた。

HEAP発動に先立つ1999年には、民政移管が完了してオバサンジョ(Olusegun Obasanjo)文民政権が成立した。かつて軍人国家元首として1979年にも民政移管を達成したオバサンジョは、退任後も国際場で活躍した実績を有しており<sup>13</sup>、積極的に国際的なコミットメントを行った。HIV/AIDSに関しては、2002年4月のアフリカ・エイズ・サミットを主催したほか、いわゆる感染症イニシアティブを打ち出した九州・沖縄サミットにも他のアフリカ首脳とともに招聘され、意見表明を行っている。2002年9月に発動された「エイズ制圧プログラム」(AIDS Control Programme)は、このような経緯の上に成立したものである。

<sup>13</sup> 南アフリカの脱アパルトヘイトに関する賢人グループ(Eminent Persons Group)の一員として同国の民主化プロセスに関与したことはよく知られており、また米国のカーター元大統領、日本の故福田元首相らとともに、いわゆる「OBサミット」を運営したことなども特筆に値しよう。

## 2. ナイジェリア版「エイズ制圧プログラム」

### (1) 実施体制

すでにこのプログラムの発動に先立つ2002年1月には、全国25カ所に抗レトロウイルス薬療法（Antiretroviral therapy：ART）を実施する「ARV治療センター」（ARV Treatment Centre）が設置され、その後のプログラム展開のための拠点とすることが計画されていた。とはいえ、上述したように地方レベルでの能力不足は明らかであり、拠点化できる病院・施設も限られていたことから、「ARV治療センター」は連邦首都と17の州のみに設置され、しかもそれらは州都など主要都市に偏っている（表3）。

設置先としては、大学の教育病院が12カ所と最も多く、連邦医療センターがこれに続く。首都アブジャでは例外的に研究機関にも設置されている。いずれにしても近代医療機関として整備された施設が拠点として選ばれ、また6つの政治地理学的ゾーンのバランスが図られており、必ずしも感染率の高い地域に配置されているというわけではない。これに対しては、設置先から漏れてしまった州を中心に連邦政府やNACAに対する陳情が激しく、またHIV感染率の高い州のなかには独自に「ARV治療センター」を増設する動きも出てきている<sup>14</sup>。

「エイズ制圧プログラム」の内容自体は、各国で展開されているものと変わらないうが、人口大国という点を考慮すれば、現状における展開の規模は限られていると言わざるを得ない。プログラム開始当初の段階で、HIV感染者1万5000人（成人1万人、子ども5000人）に対して、抗レトロウイルス薬を助成価格<sup>15</sup>で供給するものとされ、上記の「ARV治療センター」25カ所での実施が予定されていた。

### (2) プログラムの実態と評価

プログラム開始の初年度には、8000名の成人患者（PLWHA）に対する3剤（スタブジン、ラミブジン、ネビラピン）<sup>16</sup>併用療法が企画されていた。各「ARV治療センター」で25名の患者登録を行い、これを順次増やしてゆき、それぞれのセンタ

<sup>14</sup> たとえば南東部のアピア州では州保健省幹部が地元NGOとともに設置をアピールしており（2004年3月3日付け*This Day*紙）。また北部中央のベヌエ州知事は独自予算による「ARV治療センター」設置を表明している（2004年6月7日付け*This Day*紙）。

<sup>15</sup> ARTで標準的な3剤併用療法における患者1人あたりの負担月額、政府助成価格で1000～1500ナイラ、これは日本円換算で約882～1323円となる。（ただし換算レートは2003年の一時点のものであり、1米ドル＝136ナイラ＝120円で計算している。）

<sup>16</sup> 薬剤の形状、薬効等についてはFederal Ministry of Health [2003b：13] を参照されたい。

表3 「ARV治療センター」州別設置数

## 北東部

州名	設置数	設置機関
アダマワ州	1	グワグワラダ特別病院
ボルノ州	1	マイドゥグリ大学教育病院
ゴンベ州	1	連邦医療センター

## 北部中央

州名	設置数	設置機関
ベヌエ州	1	連邦医療センター
クワラ州	1	イロリン大学教育病院
プラトール州	1	ジョス大学教育病院

## 北西部

州名	設置数	設置機関
カドナ州	1	アフマドゥ・ベロ大学教育病院
カノ州	1	アミヌ・カノ教育病院
ソコト州	1	ウスマン・ダン・フォディオ大学教育病院

## 南東部

州名	設置数	設置機関
アナンブラ州	1	ンナムディ・アジキウェ教育病院
エヌグ州	1	ナイジェリア大学教育病院
イモ州	1	連邦医療センター

## 南南部

州名	設置数	設置機関
アクワ・イボン州	1	連邦医療センター
エド州	1	ベニン大学教育病院
リバース州	1	ポート・ハーコート大学教育病院

## 南西部

州名	設置数	設置機関
ラゴス州	2	ラゴス大学教育病院、クリーク国軍病院
オヨ州	1	イバダン大学教育病院

## 連邦首都

州名	設置数	設置機関
アブジャ連邦首都准州	7	国家薬事研究開発院ほか連邦政府関連機関

(出所) Federal Ministry of Health [ 2003a : ANNEX 1 ] ほかより筆者作成。

ーにおいて100名から500名の患者をケアすることが予定されていたが、当初から薬剤の供給不足が懸念されており、実際にこれが発生している<sup>17</sup>。また、「ARV治療センター」のキャパシティ不足もあり、ART実施数は頭打ちとなっており<sup>18</sup>、当初予定された子どもの患者に対する薬剤投与は現在もなされていない。

プログラムの展開における問題点としては、拠点形成やロジスティックスのそれに加えて、要員の人材養成の必要性が顕著となっている。まず、表2でもみたように感染状況には地域的な差異があるにもかかわらず、「ARV治療センター」の配置については6つの政治地理学的ゾーンへの配慮が優先され、しかもそれらは主要都市に限られている。上述のとおり州レベルでのイニシアティブが生まれつつあるものの、それらがプログラムのなかで機能してゆくためにも現状の薬剤供給体制では不備と言わざるをえない。

次に「ARV治療センター」の設置機関としては国内でも先進的な施設が選ばれているが、HIV/AIDSに関する経験の蓄積はわずかであり、個々のスタッフのレベルでは薬剤に対する知識やその扱いについても十分な経験をもった者はわずかしかないのが実態である。とりわけ地方の拠点病院の場合、規模では大学の教育病院に匹敵するとは言えるものの、スタッフの数やキャパシティにおいては明らかに劣っており、その点が将来予定される対象患者数のギャップとしてあらわれている。

プログラムの展開により、とくにHIV感染者の側に意識の変化が生まれ、低コストの治療であれば、これを試みようとする人々が増えつつある。これは今後の課題であるケア・サポートの展開には好ましい状況と言えるかもしれない。また、同プログラムではインドの製薬企業が製造するジェネリック薬の使用が予定されていたが、これが国内でエイズ治療薬を販売する他の企業のパフォーマンスにも影響を与えていることにも注目しておきたい。たとえば外国製薬企業のなかには薬価引き下げの動きも出てきており<sup>19</sup>、民間クリニックでの治療に頼る人々には朗報となって

---

<sup>17</sup> “Nigeria anti-AIDS program hit by drug shortage,” CNN.com, Feb. 16, 2004. <http://cnn.worldnews.printthis.clickability.com/>より2004年2月18日ダウンロード。

<sup>18</sup> 国際エイズ・デーのオバサンジョ大統領の演説でもこの点への言及がなされ、「エイズ制圧プログラム」によるARV治療の対象となっているHIV感染者・エイズ患者の総数が1万4000名にとどまっていることが明言されている。2004年3月3日付け*This Day*紙、<http://www.thisdayonline.com/nview.php?id=3445>より2004年12月2日ダウンロード。

<sup>19</sup> スイスの製薬企業Swipha社のナイジェリア現地法人は輸入ARV多剤混合薬の販売価格を66%引き下げると発表した。従来、患者の負担は月額5万5000ナイラに上っていたが、これが3分の1になる。また、ジェネリック薬を製造しているインドのランバクシー（Ranbaxy）社は、同じくARV多剤混合薬を月額9500ナイラで販売することを発表している（2004年6月9日付け、*The Guardian*紙）。

いる。

とは言え、プログラムが拡大していない現状は患者側に新たな負担を生んでいる。プログラムの対象からはずれ、同じ「ARV治療センター」でありながら助成価格による治療薬供給が受けられない患者の場合、他の治療スキームで同様の薬剤処方を受けようとすれば7倍から14倍の負担になるとされ、薬剤供給の不足している地域における負担額はさらに大きくならざるを得ない<sup>20</sup>。「ARV治療センター」における治療薬の劣化などから、自ら治療薬を購入せざるを得ない患者もあり、こうした問題への緊急の対処がプログラム実施当局に求められている。

## おわりに

ナイジェリアの現状を一言で表現するならば、「感染爆発」前夜の認識が行き渡らず、制度的対応も遅れ気味ということになる。政府関係者を中心として、依然「感染率5%、感染者数370万人」という言説が流通しているが、これが実態と言えるか否かについて判断する材料、データが圧倒的に不足している。本章でも紹介した各州のデータの信頼性についても疑問が残り、意図的に低く抑えているという印象がぬぐえない一方、高い感染率もまた政治的に利用されている観もある。その背景には政府による啓発、したがって人々の意識化に向けた取り組みの遅れがあり、その面での改善が連邦レベルですら見受けられないのが現状である。

人々の意識化の取り組みを担っているのはNGOであろう。本章ではその活動について十分にふれてはいないが、国際NGOや草の根のアクティビスト団体など、より感染者に近いレベルでの取り組みは顕著であり、それらに対する評価は高い。米国国際開発庁（United States Agency for International Development：USAID）や英国の国際開発省（Department for International Development：DFID）をはじめとする二国間ドナーに加えて、欧米諸国の財団からの資金供与の水準がそれを物語っている。とはいえ、NGOセクターも人口大国ナイジェリアの全土をカバーできているわけではなく、やはり政府の役割が不可欠である。

ナイジェリアのエイズ対策に関する制度構築の取り組みは上述したとおりであるが、マルチ・セクター・アプローチこそ標榜してはいるものの、それは実態に乏し

<sup>20</sup> Federal Ministry of Health [2003a：v]によれば、他のスキームによる患者の負担月額額は7000～1万4000ナイラ（日本円換算で約6176～1万2352円）とされている。

く連邦保健省主導の体制は変わっていない。資金や人材といった組織のキャパシティ不足は言うまでもないことだが、それに加えて関係機関のあいだの権限関係がいまいなことも取り組みのポテンシャルを殺ぐ一因となっている。その最たるものが調整機関である「エイズに関する国家行動委員会」(NACA)のポジションのあいまいさであろう。大統領直属の特命委員会(committee)としての性格が強い現状ではマルチ・セクター・アプローチ実施のため連邦政府内で省庁間調整を行うことは難しく、また独自予算が手当てされていないことも活動の大きな制約となっている。NACAの自立性確保の方策として、その独立委員会(commission)への昇格が検討されており、これをいち早く実現することはナイジェリアのエイズ対策全般にとっても重要である。

最後に、キャパシティ・ビルディングの観点から、日本の取り組みにも言及しておきたい。エイズ対策のひとつの潮流として自発的カウンセリング・検査(Voluntary Counseling and Testing: VCT)があり、ナイジェリアにおけるVCTへの取り組みには日本側からもコミットメントがなされている。具体的にはVCT用試薬の無償提供などであるが、これが輸血用血液検査のための無償援助として企画されてきた。その一方で、25カ所の「ARV治療センター」に対する機材供与という案件も持ち上がり、ナイジェリア連邦政府のプライオリティを見極める必要があったにもかかわらず、その調査はなかなか進まなかった。「ARV治療センター」という現行の制度の能力向上か、あるいは今後展開してゆくVCTの拠点整備に対する支援か、キャパシティ・ビルディング重視のスタンスは一貫しているものの、要請主義という前提の下で案件選定プロセスもゆらいでいる。

## 主要参考文献

### <日本語文献>

望月克哉編 [2000]『ナイジェリア：第四共和制の行くえ』アジア研トピックリポートNo. 39、アジア経済研究所。

### <外国語文献>

#### <報告書>

Federal Ministry of Health [2003a] in collaboration with World Health Organization, *Situation*

*of ARV Drug Use in Nigeria* ( November, 2003 )

Federal Ministry of Health [ 2003b ] in collaboration with World Health Organization, *Essential Drugs List* ( Fourth Revision 2003 )

National Population Commission [ 1998 ] *1991 Population Census of the Federal Republic of Nigeria : Analytical Report at the National Level.*

National Population Commission & ORC Macro [ 2004 ] *Nigeria : Demographic and Health Survey 2003* ( April, 2004 )

Nordiska Afrikainstitutet ( The Nordic Africa Institute ) [ 2002 ] *Annual Report 2002.*

UNAIDS [ 2004 ] *Report on the global AIDS epidemic* ( 6 July, 2004 )

UNAIDS/WHO [ 2004 ] *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, Nigeria* ( 2004 Update )

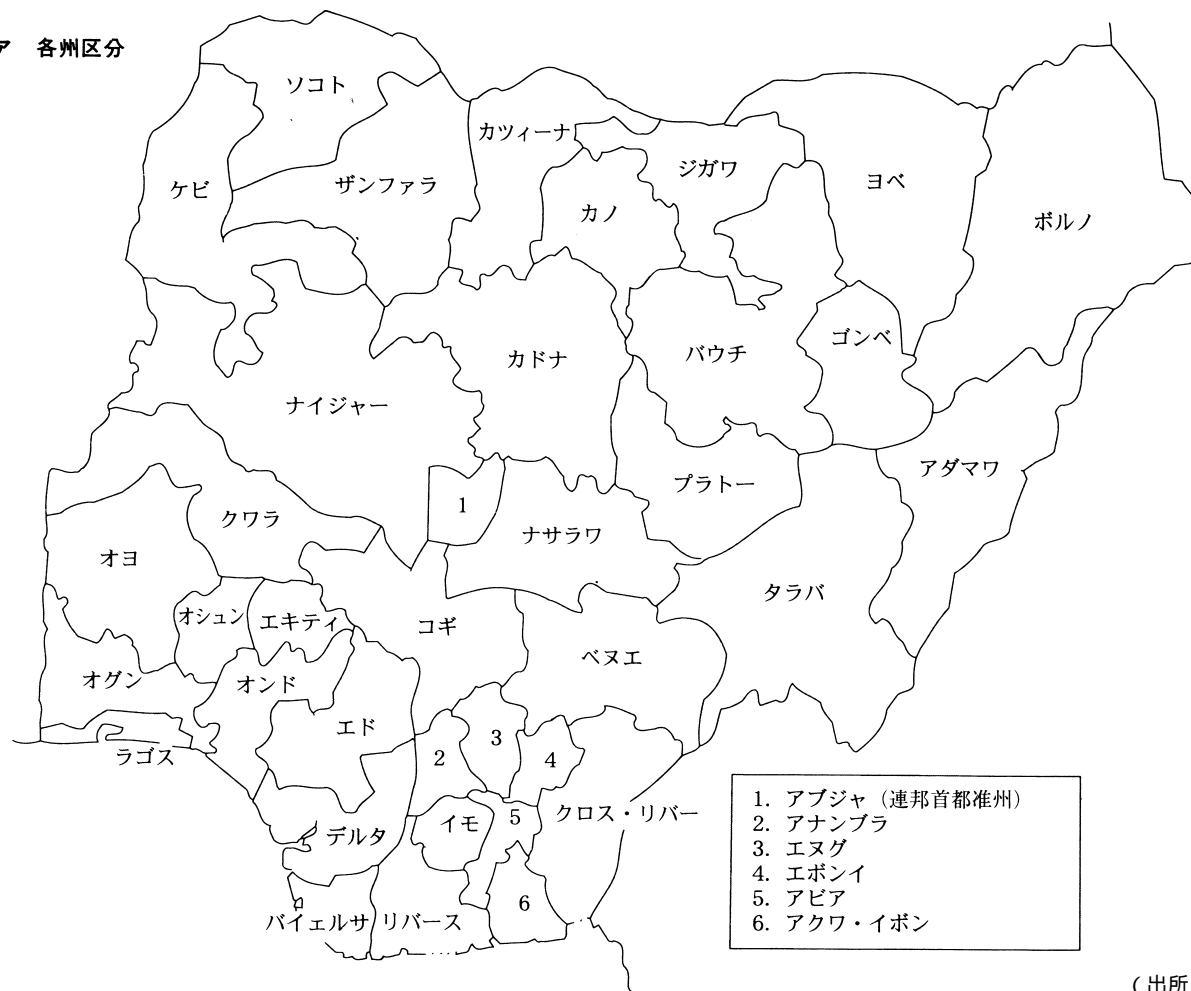
< 新聞、その他 >

*Guardian*、*This Day*、*Vanguard* ( いずれも日刊紙、ウェブ版 )

BBC News、CNN. com、ほか



# ナイジェリア 各州区分



(出所) 望月編 [ 2002 ]